Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 7. Rok LIX.

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

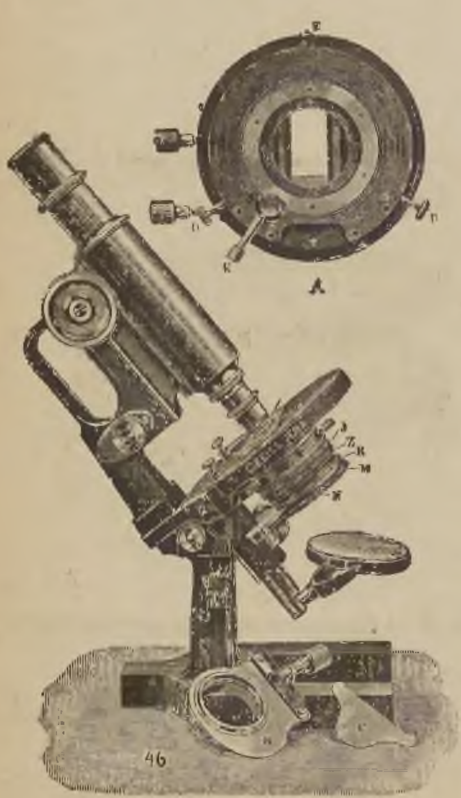
WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp. nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekście K 5·— = 3·50 Mk.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

Jeden numer osobno kosztuje 5 K. = Marek 3·50.



†

LUDWIK RYDYGIER

Profesor Ludwik Rydygier zakończył nagle życie we Lwowie d. 26. czerwca b. r.

Z plejady chirurgów polskich odszedł jeden z najzasłużeńszych pracowników około rozwoju i postępu nauki chirurgji polskiej, nieznużony w pracy i zabiegach, aby przysporzyć jej sławy i uznania i wywalczyć należne prawa w pochodzie wiedzy powszechnej dla imienia polskiego.

Urodzony w Dossoczynie w Prusach zachodnich w r. 1850, kończył Rydygier gimnazjum w Chełmnie, medycyny słuchał w Gryfii, Berlinie i Strassburgu. W Gryfii uzyskał dyplom lekarski i tam poświęcił się chirurgji, pod kierunkiem znakomitego nauczyciela i badacza Huetera, dla którego zachował na zawsze kult prawdziwy i niewygasłą wdzięczność. Pracował również u boku Langenbecka, Lueckego, Vogta i Rieda w Jenie. Tam, jako docent prywatny, wykładał chirurgję w r. 1878/79. Pragnąc wrócić do kraju, przeniósł się do Chełmna, gdzie założył własną klinikę chirurgiczną, prywatną. Wdrożony na wszechnicach niemieckich do ścisłych i gruntownych badań, zgłębiania u źródła przyczyny każdego objawu i zjawiska chorobowego, ugruntowania każdego projektu i przedsięwzięcia chirurgicznego na pewnej podstawie anatomicznej, zabrał ze sobą do Chełmna te właściwości cenne i niezrównane zalety, którym zawdzięcza nauka i wiedza niemiecka wybitne swe stanowisko w świecie naukowym. W skromnej, lecz umiejętnie i troskliwie kierowanej pracowni chełmeńskiej dokonuje Rydygier, jako pierwszy, najśmielszych na owe czasy rękoczynów, ogłasza cenne i liczne prace naukowe i wydaje pierwsze zeszyty swego podręcznika chirurgji szczegółowej, co wszystko razem toruje mu drogę do katedry klinicznej chirurgji w Uniwersytecie Jagiellońskim po ustąpieniu z niej Mikulicza w r. 1887. Lata spędzone w Chełmnie, ciągła i bliska styczność ze społeczeństwem wrogiem dla naszego narodu, wyrobiły w jego charakterze tę cichą wprawdzie, lecz nieustępliwą zawziętość i tężyznę ducha, mocą której mimo prześladowań i udręczeń bolesnych rodacy nasi na tych kresach potrafili skutecznie uchronić się przed zagładą i zgnębieniem ze strony przemożnego germanizmu, broniąc wytrwale najświętszych a wydzieranych nam przez przemoc praw narodowych.

Z powołaniem na katedrę chirurgji w Krakowie, marzenia Rydygiera zużytkowania swych sił i bogatej wiedzy w służbie ojczystej zostały urzeczywistnione. Z zapałem iście młodzieńczym i właściwą mu energją przystępuje w Krakowie do budowy i urządzenia nowej kliniki chirurgicznej odpowiednio do wymagań i potrzeb nowoczesnej chirurgji, a gorliwością swą i niedościgłą wytrwałością w nauczaniu i pracy naukowej przoduje swym współpracownikom i zagrzewa ich swym przykładem. Rozgłos imienia Rydygiera, który już z Chełmna poprzedził jego przybycie do Krakowa, jasność i treściwość wykładu obok doskonałej w formie i subtelnej techniki operacyjnej, przytem gotowość i uprzejmość, z jaką otworzył na oścież bramy swej kliniki dla lekarzy polskich, ściągają coraz liczniej nowych adeptów chirurgji, którzy mieli nietylko szerokie i swobodne pole do pogłębienia tu swej wiedzy i specjalizowania się w chirurgji, lecz znajdowali równocześnie najżyczliwszą pomoc i serdeczne poparcie. Aby skupić i zespolić siły nasze na polu chirurgji, organizuje i urządza Rydygier wraz z otwarciem nowej kliniki w r. 1889 pierwszy Zjazd chirurgów polskich, na którym wybrany dożywotnim przewodniczącym przyszłych Zjazdów, zwołuje je odtąd corocznie przez długi szereg lat, niemal aż do początków bieżącego dziesiątka lat.

Z temperamentu krewki i rączy do czynu, miał Rydygier w sobie wiele rzutkości i rozmachu pioniera, z lubością też spieszył tam, gdzie czekała go praca i trud znojny, złączony z uprawą odłogów. To też z chwilą, gdy kreowano w Uniwersytecie lwowskim Wydział lekarski i trzeba było stwarzać dopiero zakłady kliniczne, z gotowością przenosi się na katedrę chirurgji do Lwowa i tu już zupełnie według swej myśli i planów wznosi i urządza klinikę chirurgiczną, nie szczędząc trudu i zabiegów, aby dziełu swojemu nadać piętno doskonałości. Wraz z wybuchem wojny światowej osłabła z natury rzeczy działalność dydaktyczna prof. Rydygiera, a skoro i pole jego czynności chirurgicznej ograniczyło się znacznie, przyjmuje stanowisko chirurga naczelnego szpitala wojennego w Bernie i stąd nawet śród wytężonej ponad siły pracy i zgiełku wojennego notuje skrzętnie i ogłasza drukiem spostrzeżenia swe i nowe pomysły operacyjne. U schyłku życia, pełen jednak jeszcze sił niespożytych i niestygnącej energji, zapragnął Rydygier, zawsze z myślą wiernie skierowaną ku dobru Ojczyzny, wrócić w strony najmilsze mu, bo rodzinne prawie i mianowany szefem sanitarnym D. O. G. Pomorza w randze generała lekarza, osiedlił się w Tczewie.

Na tej ostatniej placówce, wypróbowany i doświadczony z czasów swej młodości i pierwszych lat męskich w zatargach i utarczkach narodowościowych tej kresowej krainy, mógł Rydygier oddać Ojczyźnie nieocenione usługi zarówno na stanowisku lekarskiem, jakoteż na polu ogólnej sprawy narodowej. Niestety śmierć nagła, która go zaskoczyła podczas krótkiej bytności we Lwowie, zamknęła na zawsze dalsze akta jego zamiarów i czynów.

Zbiór prac naukowych ś. p. Rydygiera, ogłoszonych drukiem do r. 1912 w języku polskim, niemieckim i francuskim, dosięga poważnej cyfry 149, a w latach następnych przybywa ich jeszcze kilkanaście. Spis prac jego uczniów, wydanych pod jego kierunkiem, wynosi 186 rozpraw.

Wszystkie jego prace i publikacje cechuje niezwykła sumienność i gruntowność badacza i obserwatora, bystrość i trzeźwość sądu, krytyka rzetelna zarówno własnej, jakoteż cudzej pomysłowości, oparcie każdego wniosku i wyniku z dociekań na szeregu bezspornych dowodów. Stąd też wszystkie, podane przez Rydygiera metody operacyjne i pomysły twórcze nie były obliczone na błyskotliwy efekt chwilowy i olśnienie zawrotne, lecz każda jego ideą nowa i zamierzenie chirurgiczne były przemyślane głęboko i rozważone bacznie, a przed wprowadzeniem w czyn praktyczny na człowieku poprzedzone co do swej dopuszczalności żmudnem badaniem doświadczalnem. Wobec obfitości i rozległości materyału niepodobna wyliczać ich dzisiaj i oceniać kolejno, na pierwszem jednak miejscu postawić należy, jak to sam twórca ich czynił, te, które dotyczą chirurgji przewodu pokarmowego, jak wycięcie odźwiernika w przypadkach raka i wrzodu żołądka,

wskazania i technika wycięcia jelita i t. d. Ze szczególnem też zamiłowaniem i niezłomną wytrwałością pracował jeszcze Rydygier długie lata później nad ugruntowaniem i uzasadnieniem wskazań do pylorektomii, nie zmieniając nic w technice tego rękoczynu, opracowanej od początku w najdrobniejszych szczegółach. Te właśnie prace jego przedewszystkiem i fakt niezbity, że pierwszy wykonał i uzasadnił wycięcie odźwiernika przy wrzodzie żołądka, mimo całej zawiści i uprzedzeń ze strony chirurgów niemieckich zapewniają Rydygierowi dostojne miejsce na niwie nauki i wiedzy pośród chirurgów światowych i przyczyniły się do wsławienia imienia polskiego daleko poza granicami Ojczyzny naszej.

Cześć chlubnej pamięci dzielnego uczonego i prawego syna Ojczyzny. A. Bossowski.

Ankyloblepharon totale et cystis praecornealis.

(Spostrzeżenie kliniczne).

Podał **Prof. Dr Kazimierz Majewski.**

(Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego).

Przypadki zupełnego zarośnięcia worka spojówkowego z równoczesnem zrośnięciem obu powiek i całkowitem przykryciem gałki ocznej nie należą do rzadkości. Najczęściej stan taki, który określamy nazwą symblepharon et ankyloblepharon totale, bywa następstwem oparzenia, i to zarówno oparzenia termicznego, to jest wprost przez działanie ognia, stopionego metalu, wrzącego płynu lub też oparzenia chemicznego, a więc przez działanie silnych kwasów, zasad, lub innych ciał żrących. Sprawy zapalne przyrody zakaźnej o wiele rzadziej wiodą do zupełnego zarośnięcia szpary powiekowej, ale i tu można wyobrazić sobie, że zapalenie błonicze spojówki, zakażenie wąglikowe, pęcherzyca, ciężka jaglica w ostatnich swych okresach, drogą zupełnego zbliznowacenia spojówki, o ile i rogówka równocześnie uległa zniszczeniu, mogą doprowadzić wreszcie do wspomnianego wyżej stanu.

Mając przed sobą chorego, który jako ofiara poparzenia przy jakiejś eksplozji, czy w pożarze, ma szparę powiekową zupełnie zabliźnioną, to znaczy powieki zrośnięte brzegami ze sobą, a tylną swą powierzchnią z gałką oczną, badamy przedewszystkiem, czy ma on w tem oku jeszcze dostateczne poczucie światła. O ile siatkówka i nerw wzrokowy nie są uszkodzone, to pomimo zasłony, jaką stanowią i zrosty bliznowate i powieki w całej swej grubości, chory powinien rozpoznawać światło świecy, to jest odróżniać je od ciemności na odległość 6 metrów. Mimo jednak dobrego poczucia światła, a nawet dobrej projekcji, rokowanie co do wyniku optycznego operacji, jaką trzeba wykonać celem odsłonięcia gałki ocznej, na ogół nie jest pomyślne. Każdy operator, który miał podobne przypadki, wie, że powieki zrosłe ze sobą, bywają prawie bez wyjątku przyrosłe zarazem tylną swą powierzchnią do rogówki, ale oczywiście do rogówki zbliznowaciałej i zwykle zupełnie, w całej grubości zaćmionej.

Szczelne zrośnięcie się powiek brzegami ze sobą pod wpływem jakiegokolwiek oparzenia, nie da się prawie pomyśleć bez równoczesnego zniszczenia miąższu rogówki. Czynnik niszczący tkankę powiek, ich brzegów i powiekowej spojówki musi równocześnie zniszczyć o wiele delikatniejszą tkankę rogówki, poczem wszystkie te części zrastają się w jedną zbitą bliznę. To też bez zapału i niechętnie zabieramy się do operacji całkowitego zarośnięcia szpary powiekowej, przewidując z góry, że po rozkrojeniu powiek, oddzielając następnie powieki od gałki zapomocą cięć wśród zbitej tkanki bliznowatej, albo nagle otworzymy przednią komorę, albo, jeśli unikniemy tego zdarzenia, to odsłonimy powierzchnię grubego bielma, a więc białej, nieprzeźroczystej, ścięgnistej blizny, zajmującej miejsce rogówki. Rzadko kiedy uda nam się odsłonić kawałek ocalonej spojówki gałkowej, albo odkryć zachowany jeszcze dolny lub górny załamek. Pomijając już wielką trudność zapobieżenia ponownym zrostom, to, gdyby się nawet nam to udało, chory z powodu zupełnego zbliznowacenia rogówki i tak wzroku nie odzyska. Wchodziłaby wtedy w rachubę keratoplastyka. Ale w dzisiejszym stanie techniki keratoplastycznej na jakikolwiek wynik optyczny liczyć możemy jedynie pod warunkiem, że rogówka nie w całej grubości jest zaćmiona, lecz tylko w swych warstwach powierzchownych. Wycinamy wtedy w środku blizny rogówkowej zapomocą trepanu krążek takiej grubości, ażeby odsłonić głębszą, przeźroczystą warstwę rogówki i na powierzchnię tej przeźroczystej warstwy kładziemy tymże samym trepanem wykrojony krążek rogówki króliczej, która zwykle przyjmuje się dobrze i dobrze przyrasta. Niestety taka przeszczepiona rogówka, czyto wzięta z oka zwierzęcego, czy nawet z oka ludzkiego świeżo wyjętego, prawie zawsze z biegiem czasu traci swą przeźroczystość, nieraz przerasta naczyniami i tak się zaćmiewa, że początkowo uzyskana bystrość wzroku najczęściej znów idzie na marne. W dodatku w przypadkach symblepharon et ankyloblepharon totale częściowe tylko i powierzchowne zaćmienie rogówki rzadko kiedy się zdarza. Prawie zawsze rogówka jest zaćmiona w całej grubości i dlatego nawet do tej, nie wiele obiecującej operacji, wcale się nie nadaje.

Ostatnia wojna dostarczyła klinikom i oddziałom okulistycznym wielkiej liczby przypadków zupełnego zarośnięcia szpary powiekowej, przyczem gałka oczna pod zrośniętemi powiekami bywała niejednokrotnie jako tako utrzymana. Jednakowoż we wszystkich operowanych przypadkach znajdowano zawsze równoczesne przyrośnięcie powiek do zupełnie zbliznowaciałej i zaćmionej rogówki. W świetle tych smutnych doświadczeń tem bardziej uderza wyjątkowo szczęśliwy przypadek, który z początku bieżącego roku miałem sposobność w mej klinice operować i który zarazem wzbudza ciekawość swą zagadkową i niejasną etjologją.

W październiku zeszłego roku przywieziono do kliniki 58-letnią kobietę wiejską, na oba oczy ociemniałą. Pierwszy szczegół z wywiadów od otoczenia chorej, bardzo niejasnych i bałamutnych, zdawał się tłómaczyć w sposób najbardziej prawdopodobny powstanie zrostów powiekowogałkowych prawego oka i zupełnego zarośnięcia szpary powiekowej na oku lewem. Podczas pożaru domu, chorą, widocznie niedołężną lub bezsilną, dopiero w pół godziny po wybuchu ognia wyniesiono z płomieni. Poparzenie, w takich warunkach bardzo możliwe, mogło było do zrostów tych z łatwością doprowadzić. Wątpliwości budziła tylko ta okoliczność, że ani na ciele, ani przedewszystkiem na skórze powiek i twarzy nie było widać żadnych blizn, jakie zwykle powstają po oparzeniu. Dopiero dalsze indagacje wykryły pewien brak związku między pożarem, a zmianami na oczach chorej. Pożar był w marcu 1919 r., a rzekomo dopiero w czerwcu kobieta zaczęła na dobre chorować na oczy, z których lewe w ciągu miesiąca zupełnie zarosło, a prawe w tydzień później zarosło częściowo. Tak więc przyczyna choroby stała się na razie niezrozumiałą.

Badanie oczu wykazało stan następujący:

Prawe oko okazuje zrost górnej powieki z gałką oczną, obejmujący dwoma łukowatemi ramionami rogówkę od strony skroni i od nosa. Zrosty te są ścięgniste, taśmowate i przykrywają obwodowe, zaćmione części rogówki, a są tak krótkie, że górnej powieki ani odwrócić, ani nawet bardziej od gałki odchylić nie można. Zrosty te sięgają aż po sam załamek górny, gdyż zgłębnika poza nimi nie można przeprowadzić. Powieka dolna nie zrosła z gałką, spojówka powiekowa przekrwiona i wyraźnie zbliznowaciała. Nastrzykanie spojówki gałki i nastrzykanie rzęskowe. Poniżej środka rogówki ubytek okrągławy 1,5 mm średnicy, o dnie nacieklem. Od góry zewnątrz i od góry wewnątrz wchodzą na rogówkę powierzchowne naczynia. Źrenica częściowo wrzodem rogówkowym zasłonięta, miernie rozwarta, okrągła i ruchoma. Wziernikiem dno w grubej mgle.

Lewe oko: Powieki brzegami swoimi od kącika do kącika szczelnie i dokładnie zrosłe, tak że nigdzie nie można znaleść choćby najwęższej szczeliny, którąby się dał przeprowadzić zgłębnik do worka spojówkowego. Spojone są tylko tylne krawędzie brzegów powiekowych, to też oba szeregi rzęs ustawione są prawidłowo tak, jak gdyby powieki nie były zrosłe, a tylko lekko, jakby do snu, zmrużone. Skóra powiek ani skóra otoczenia oka nie okazuje żadnych blizn. Wysklepienie powiek wskazuje na obecność gałki ocznej, jeżeli nie powiększonej, to conajmniej prawidłowych rozmiarów. Widać również ruchy, jakie to oko zgodnie z okiem prawem pod zrosłemi powiekami wykonywa. Dotykiem stwierdza się pod powiekami opór miękki i daje się wyczuć pewnego rodzaju chełbotanie. Miękkość oporu przemawiałaby za zanikiem gałki ocznej, rozmiary jej jednak, dobre poczucie i dobra lokalizacja światła przemawiają przeciw temu przypuszczeniu. Ta pozorna sprzeczność miała się wyjaśnić dopiero podczas późniejszej operacji.

Dnia 11. listopada 1919 r., wykonałem operację na oku prawem. Zabieg polegał na przecięciu nożyczkami zrostów powieki górnej z gałką oczną, to jest na odcięciu ich od gałki ocznej po obu stronach rogówki i na pogłębieniu załamka górnego. Powierzchnię krwawą, w ten sposób wytworzoną, wysłałem spojówką króliczą, przytwierdziwszy ją pętlą nitki jedwabnej, której oba końce, wyprowadzone przez skórę powieki górnej, związałem pod łukiem brwiowym na wałeczku waty. Niestety spojówka królicza przyjęła się tylko częściowo, w znacznej zaś części została wypchnięta z załamka i ze szpary powiekowej przez odtwarzające się zrosty. Zrosty te jednak już nie upośledzają ruchomości powieki górnej w takim stopniu, jak to czyniły przed operacją. Wzrok operowanego oka, wskutek zaćmień, nacieków i naczyń pokrywających całą rogówkę, nie doznał oczywiście żadnej poprawy.

Jeżeli operacja na oku prawem, gdzie warunki były stosunkowo korzystnę, dała wynik tak niedostateczny, to jeszcze mniej widoków powodze-

nia przedstawiała operacja oka lewego ze zrosłemi że sobą i do gałki przyrosłemi powiekami. W dodatku obniżone napięcie gałki nasuwało, jak wspomniałem wyżej, obawę, że jest już ona w stanie zaniku, co tembardziej zmniejszało nadzieję uzyskania jakiejkolwiek korzyści z zabiegu operacyjnego. Jeżeli mimo tego zdecydowałem się operację wykonać, to głównie ze względu na to, że prawem okiem chora rozróżniała zaledwie ruchy ręki i tutaj nie można się już było spodziewać żadnej poprawy wzroku, a oko lewe zarosłe, choć wydawało się miękkie, miało bądź co bądź dobre poczucie światła i dobrą lokalizację. Wobec tego zabieg operacyjny na wszelki wypadek był jeśli nie wskazany, to przynajmniej usprawiedliwiony.

Dnia 7. stycznia b. r. wykonałem operację, której przebieg był następujący: Posmarowano powieki i brzegi rzęsowe jodyną, wstrzyknięto do blizny spajającej powieki, jakoteż w kierunku pod powiekę górną i dolną roczczyn kokainy z tonogenem. Ostrożnie zaczęto skalpelem rozcinać bliznę wzdłuż szpary powiek od kącika do kącika. Już po pierwszych cięciach zaczęła przebijać barwa sinawa. Oddzielono bez wielkiego trudu powiekę dolną, przyczem odsłoniła się na dużej przestrzeni twardówka niezmieniona. Podczas oddzielania zapomocą nożyczek powieki górnej od gałki ocznej po jednem z cięć wytrysła nagle ciecz przeźroczysta. Zdawało mi się, że naciąłem ścianę gałki ocznej zrosłej z blizną, albo może wystający garbiak rogówki i że to ciecz wodna odpłynęła z przedniej komory. Jeszcze przez chwilę mieliśmy złudzenie, że mamy przed sobą otwartą komorę oka i obnażoną tęczówkę. Przy dalszem jednak oddzielaniu powieki górnej odsłoniła się górna część przeźroczystej rogówki, przez którą ujrzeliśmy wyraźnie tęczówkę i górną połowę regularnej, silnie rozszerzonej, czarnej źrenicy. Chora woła z radością, że widzi otaczające osoby i przedmioty. Okazało się, że naszemi narzędziami otworzyliśmy pewnego rodzaju torbiel, której przednią ścianę tworzyły zrosłe ze sobą powieki, boczne ściany składały się ze zbitych, krótkich zrostów między tylną powierzchnią powiek a całym obwodowym pasem rogówki, a tylną ściana była właśnie sama nieuszkodzona, przeźroczysta i błyszcząca rogówka. Kilka dalszych cięć wystarczyło, aby oddzielić cały obwód rogówki od powiek i odsłonić gałkę oczną w zupełności. Poza rogówką, zrosty między powiekami a okiem były o wiele luźniejsze. Pogłębiono jeszcze załamki, a następnie wprowadzono pod powieki szklaną protezę Illiga z otworem na rogówkę. Jest to muszelka z przeźroczystego szkła o krawędziach ogładzonych, tak duża, żeby włożona pod powieki opierała się brzegami o dno górnego i dolnego załamka, a tak wysklepiona, ażeby przylegała dokładnie do powierzchni gałki ocznej, to jest tylko do twardówki, gdyż w środku muszelka ta posiada duży, okrągły otwór na rogówkę. W ten sposób ochraniamy rogówkę przed bezpośredniem zetknięciem ze szkłem protezy i zapobiegamy znacznemu podrażnieniu całego oka. Po opłukaniu i zapuszczeniu elektrargolu przykryto całe oko szkiełkiem, wyjętem z zadymionych okularów muszlowych, przytwierdziwszy je do obwodu oczodołu zapomocą pasków przylepca tak, ażeby chora mogła pod niem oko swobodnie otwierać.

W pierwszych dniach po operacji chora narzekała bardzo na silny ból pod powiekami, czemu dziwić się nie można ze względu na obecność ciała obcego w świeżej ranie. Przez szkiełko okularowe można było przez dzień cały kontrolować zachowanie się oka. Powieki były tylko bardzo nieznacznie obrzmiałe, a chora miała nakazane trzymać je szeroko otwarte. W ten sposób zapobiegało się ponownemu zlepieniu i zrośnięciu się szpary powiekowej. To było też głównym celem owego okienka szklanego w opatrunku, dzięki któremu chora mogła operowanem okiem patrzeć i widzieć. Nie trzeba dodawać, że ociemniała od szeregu miesięcy, skwapliwie korzystała z przywróconego wzroku i całymi dniami rozglądała się wokoło siebie mimo, że każdy ruch oka wywoływał bolesny ucisk tkwiącej pod powiekami protezy. Ale proteza ta spełniła dobrze swoje zadanie. Nie dopuściła do ponownego zrośnięcia się okrwawionych powiek z obnażoną twardówką. Pozostawiliśmy ją pod powiekami, nie wyjmując wcale, z górą przez dwa tygodnie. Codziennie jednak zmieniano opatrunek, przyczem oko dokładnie odczyszczano z dość obfitej wydzieliny śluzoworopnej i opłukiwano fizyologicznym roztworem soli. Już po kilku dniach bóle przy ruchach oka ustały, a pozostało tylko uczucie ciała obcego pod powiekami. Pierwotne silne rozszerzenie źrenicy, które wnet ustąpiło, tłómaczymy sobie działaniem kokainy, wstrzykniętej przed operacją do blizn spajających powieki, skąd dostała się do płynu zawartego w torbieli, a stamtąd przez wchłonięcie do przedniej komory oka.

Po upływie tygodnia przestano zakładać opatrunki, a chora robiła tylko letnie okłady z 2% boraksu i dostawała maść tigenolową na brzegi powiek, co znaczną sprawiało jej ulgę w dolegliwościach. Po upływie dalszego tygodnia wyjęto bez trudu protezę Illiga i stwierdzono następujący stan operowanego oka: Wydzielina śluzowa dość obfita. Brzegi powiek wolne i gładko zabliźnione, tylko w samych kącikach szpary powiekowej połączone małymi zrostami pletwowatymi. Oba te zrosty (razem wzięte) nie skracają jednak szpary powiekowej ani o $^1/_{20}$ jej długości. Tak górny, jak i dolny załamek są dostatecznie głębokie. Górna powieka daje się z łatwością odwrócić. Powierzchnia wewnętrzna obu powiek pokryta tkanką bliznowatą, silnie ukrwioną i tylko w częściach sąsiadujących z załamkami przypomina spojówkę w stanie silnego przerostu brodawkowego. Tuż przy kąciku nosowym, pod powieką górną polipowate zgrubienie tkanki na szerokiej szypule. Gałkę oczną dokoła rogówki pokrywa tkanka różowa o wejrzeniu na powierzchni szklistem, tworząca dość gruby, przesuwalny na twardówce pokład. Tkanka ta ze wszystkich stron wchodzi w obręb rogówki, jest z nią ściśle zrosła i przykrywa cały jej obwód tak, że odsłonięta część rogówki przedstawia kształt dość regularnego pięciokąta, wierzchołkiem zwróconego ku dołowi. W środku rogówki daje się dostrzedz przy pomocy lupy i ogniskowego oświetlenia bardzo nieznaczne, mgiełkowate, powierzchowne zaćmienie (nebula corneae centralis). Dolny odcinek rogówki okazuje wyraźne, bliznowate, ściegniste zaćmienie, dość wydatnie unaczynione. Poza tem rogówka lśniąca i przeźroczysta; przednia komora głęboka; źrenica około 4 mm średnicy, regularna, okrągła i ruchoma.

Dalszy przebieg gojenia był zupełnie prawidłowy, tak że po upływie dni kilkunastu wydzielina, resztki obrzęku, polipowate zgrubienie spojówki w kąciku nosowym zupełnie ustąpiły, oko zbladło, a wzrok badany potem kilkakrotnie wykazywał ostatecznie stan następujący: Prawem okiem rozróżnia chora palce zaledwie na odległość kilku centymetrów, lewem zaś widzi $^6/_{18}$ sfer. + 0,5 D i czyta druk Albranda 2,3 sfer. + 3 D. To, że bystrość wzroku nie jest całkiem prawidłowa, jest następstwem wyłącznie mgiełkowatego zaćmienia środkowej części rogówki.

W cztery miesiące po operacji szpara powiekowa lewego oka jest zupełnie prawie normalnej długości, załamki głębokie, tylko w skroniowym kąciku pozostał wązki zrost powieki górnej ze spojówką gałki, nie upośledzający jednak wcale ani ruchów powiek, ani ruchów gałki. Skrajny obwód rogówki po stronie skroni pokryty tkanką bliznowatą przesuniętą z twardówki i odgraniczającą się ostro ciętym, łukowato równolegle do obwodu rogówki przebiegającym brzegiem, spadającym stromo na przeźroczystą, lśniącą rogówkę. Zresztą stan tensam, co dawniej.

Obraz prawego oka nie zmienił się wcale. Rogówka zrośnięta częściowo z powieką górną, pokryta prawie w całości półprzeźroczystą tkanką bliznowatą i licznemi naczyniami. Stan ten jest wynikiem owrzodzeń, które się kilkakrotnie podczas pobytu chorej w klinice odnawiały.

W przypadku tym szczególną uwagę zwraca ocalenie rogówki lewego oka mimo zupełnego zarośnięcia szpary powiekowej, co, jak na wstępie wykazałem, jest zdarzeniem zupełnie wyjątkowem. O zwyczajnem oparzeniu myśleć w tym przypadku nie można nietylko dlatego, że na podstawie opowiadań chorej i jej otoczenia mogliśmy zupełnie wyłączyć związek między pożarem a chorobą oczu, ale i dlatego, że czyto pod działaniem ognia, czy też jakiegoś czynnika chemicznego, działającego żrąco, oparzenie, po którem powstało całkowite zarośnięcie szpary powiekowej, musiałoby równocześnie zniszczyć, a conajmniej silnie uszkodzić rogówkę i wywołać jej zrost z powiekami. W naszym przypadku nastąpiło wytworzenie się torbieli, lub coś w rodzaju torbieli pomiędzy rogówką, a zrosłemi powiekami (cystis praecornealis). Torbiel ta wypełniona była wodojasnym płynem, który podczas operacji po nacięciu ściany wytrysnął żywym strumieniem. Płyn ten widocznie ochraniał rogówkę od zetknięcia się ze zrosłemi powiekami, trzymając je nawet w pewnej od powierzchni rogówki odległości. Dzięki temu rogówka zachowała swą przeźroczystość z wyjątkiem skrajnego obwodu, do którego przyrosłe były boczne ściany owej torbieli i z wyjątkiem nieznacznej plamki w środku rogówki naprzeciw źrenicy, która to plamka mogła jednak istnieć już poprzednio. Płyn wypełniający torbiel dawał równocześnie owo wybitne chełbotanie, które odnosiliśmy z początku do samej gałki ocznej, przypuszczając, że jest w stanie zaniku i hypotonii.

To wszystko nie tłumaczy nam jednak jeszcze istoty sprawy chorobowej, która doprowadziła do tych niezwykłych zmian na oczach. To też w ciągu leczenia pooperacyjnego zajęliśmy się także zbadaniem narządów wewnętrznych, krwi i moczu chorej tem bardziej, że przybyła do kliniki w stanie wybitnego charłactwa i przez czas dłuższy gorączkowała. Badanie narządów wewnętrznych wykazało: Emphysema pulmonum, Bronchitis chronica, Tbc fibrosa apicum, Myocarditis chronica. Badanie moczu nie wykryło nic nieprawidłowego, próba Wassermanna natomiast dała z czterema antygenami wynik silnie dodatni. Dla pewności posłano po kilku dniach jeszcze raz krew do zbadania i próba dała powtórnie taki sam wynik. Wobec tego jeszcze raz wzięliśmy chorą na spowiedź i dowiedzieliśmy się, że na kilka miesięcy przed chorobą oczu została w lesie zgwałcona i zarażona, poczem leczono ją w szpitalu miejscowym wcieraniami rtęciowemi.

Profesor Krzyształowicz był tak uprzejmy, że sam zbadał chorą klinicznie w kierunku kiły, ale poza bliznami na oczach nie znalazł żadnych świeżych ani starych zmian, któreby za kiłą przemawiały. Nie mniej jednak uważałem za wskazane, korzystając z dłuższego pobytu chorej w klinice, przeprowadzić energiczne leczenie swoiste. Chora dostała 30 wcierań rtęciowych, które jednak z powodu zapalenia dziąseł musiano dwukrotnie przerywać. Następnie dostała cztery wlewania neosalwarsanu, a z tych trzy połączone z równoczesnem wprowadzeniem do żyły po 0,01 sublimatu, sposobem podanym przez Linsera. Mimo tak energicznego leczenia próba Wassermanna, wykonana w cztery miesiące po pierwszej próbie, wypadła znowu silnie dodatnio. Chora będzie musiała zatem jeszcze dalej się leczyć. Tymczasem zapisaliśmy jej jod wewnętrznie.

Wobec braku jakichkolwiek innych, mogących wchodzić w grę przyczyn zarośnięcia u naszej chorej worków spojówkowych, przyczyn takich, jak: ciężka jaglica, zapalenie błonicze, wąglik, pęcherzyca i t. d. — a nic ani we wywiadach, ani w badaniu miejscowem i ogólnem nie przemawiało za przebyciem podobnych chorób — nasuwa się z konieczności przypuszczenie, że

może sprawa kiłowa, najprawdopodobniej kilakowa, tocząc się na spojówkach powiekowych, a zatem już usadowiona w sposób zgoła niecodzienny, doprowadziła w krótkim czasie, bo w przeciągu miesiąca, do zejścia również całkiem niezwykłego, jakiem jest zupełne zarośnięcie szpary powiekowej lewego oka z wytworzeniem rodzaju torbieli podpowiekowej i z wyjątkowo szczęśliwem ocaleniem rogówki.

Nie małą trudność sprawia wyjaśnienie nagromadzenia się wodojasnej cieczy, która wypełniała jamę torbieli przedrogówkowej. Mało prawdopodobne jest zapalne pochodzenie tej cieczy, którą w takim razie trzebaby uważać za pozostałość płynnego wysięku zapalnego, do jakiego sprawy kiłowe nigdy prawie nie dają powodu. Przeciw temu tłómaczeniu przemawia też poniekąd zachowana przeźroczystość rogówki, która skąpana w wysięku zapalnym uległaby prawdopodobnie większemu uszkodzeniu.

Daleko lepiej przemawiałoby do przekonania przypuszczenie, że to łzy nagromadziły się przed rogówką wśród tworzących się zrostów i przyczyniły się do powiększenia jamy torbieli, a zarazem znakomicie dopomogły do zachowania nabłonka i miąższu rogówkowego w nienaruszonym stanie. Zachodzi tylko pytanie, skąd i którędy te łzy tam się dostały. Otóż w opisie operacji wspomniałem, że poza obwodem rogówki, powieki z gałką były dość luźnie pozrastane i załamki dały się z łatwością odsłonić. Prawdopodobnie istniały tam pewne części zachowanej jeszcze spojówki. Może być, że ocalały wyloty przewodów gruczołu łzowego, a conajmniej musiała ocaleć choć pewna część gruczolików Krausego, także łzy wydzielających. W początkowym okresie choroby mogły istnieć między zrostami, otaczającymi rogówkę, przerwy lub kanały, utrzymujące komunikację między resztkami worka spojówkowego a przestrzenią zamkniętą między rogówką a zrosłemi powiekami. W tej przestrzeni mogły się łzy powoli gromadzić, a gdy wreszcie wszelkie szczeliny wśród tworzących się blizn zarosły, łzy te pozostały w jamie, jako płynna treść zamkniętej ze wszystkich stron torbieli.

Co do właściwej, pierwotnej przyczyny zmian ocznych u naszej chorej, to powtarzam, że związek ich z kiłą nie jest bynajmniej dowiedziony, a tylko przypuszczalny i o ileby się go nie przyjęło, to etjologja przypadku tego, który już pod względem przebiegu klinicznego przedstawia się zupełnie niezwykle, musiałaby pozostać nierozwiązaną zagadką.

Krew chorych na czerwonkę pod względem bakteryologicznym i serologicznym.

Podał Prymarjusz **Dr J. Kostrzewski.**

(Z oddziału chorób zakaźnych Szpitala św. Łazarza w Krakowie)

W piśmiennictwie z ostatnich lat znanych jest kilkadziesiąt spostrzeżeń, dotyczących wyhodowania bakterji czerwonki z ustroju człowieka poza obrębem przewodu pokarmowego, względnie poza treścią i wydaliną przewodu pokarmowego. Część z tych spostrzeżeń stanowią badania u chorych, część zaś badania na zwłokach. Spostrzeżenia te są w patologji czerwonki faktem nowym i nieoczekiwanym, a to dlatego, bo dotychczasowe nasze pojęcia o istocie czerwonki wykluczały możliwość znajdowania się bakterji czerwonkowych w ustroju człowieka poza przewodem pokarmowym względnie treścią przewodu pokarmowego. Jak rozumieć obecność bakterji czerwonkowych we krwi, tkankach i moczu chorych, lub zmarłych na czerwonkę, tego na razie nie wiemy, tem mniej zaś możemy wyrokować na podstawie dotychczasowych bakterjologicznych badań krwi, czy czerwonka, to choroba przewodu pokarmowego, czy może ogólnoustrojowa, na wzór duru brzusznego.

Dobrze i dawno znaną jest rzeczą występowanie we krwi chorych na czerwonkę aglutynin, zlepiających bakterje czerwonkowe; do niedawna jednak własności aglutynacyjnych surowicy krwi chorych czerwonkowych, nie brali w rachubę ani klinicyści ani bakterjologowie. Dopiero w ostatnich latach zajęto się bliżej tą sprawą; wyniki zaś doświadczeń dowodzą, że badanie surowicy krwi w kierunku aglutynowania bakterji czerwonkowych u podejrzanych co do czerwonki lub chorych na czerwonkę ma znaczenie, jeżeli chodzi o etjologiczną stronę rozpoznania.

Przechodzę do własnych spostrzeżeń. Zbadano krew 24 chorych na czerwonkę i 16 chorych nie na czerwonkę. Chorzy na czerwonkę nie przedstawiali najmniejszej wątpliwości pod względem rozpoznania czerwonki w pojęciu klinicznem. Bakterjologicznego rozbioru kału u chorych tych nie uwzględniano. Nie uwzględniano zaś dlatego: 1) ponieważ kliniczne i etjologiczne pojęcie czerwonki nie zawsze się pokrywają, 2) ponieważ w kale chorych na czerwonkę w pojęciu etjologicznem dość często nie udaje się wykazać zarazków chorobotwórczych t. zn. bakterji czerwonkowych.

Wobec tego stanu rzeczy nasunęło się pytanie, jakie znaczenie mieć może badanie bakterjologiczne i serologiczne krwi u chorych na czerwonkę w pojęciu klinicznem?

U 16 chorych nie na czerwonkę rozpoznanie uwzględniało zarówno objawy kliniczne, jak wyniki odpowiednich rozbiorów bakterjologicznych, serologicznych i mikroskopowych.

Badania bakterjologiczne.

U 18 chorych na czerwonkę szczepiono krew na pożywki 37 razy, z tego u 8 chorych jednorazowo, u innych po więcej razy, — najwięcej 5 razy u jednego i tegosamego chorego. Szczepiono conajmniej 10, zwykle 15—20 cm^3 krwi chorego na dwie żółci, rzadziej na dwie żółci i jeden buljon (każda kolbka zawierała po 50 cm^3 pożywki). Co do okresu choroby, to szczepiono: w pierwszym tygodniu choroby 14 razy, w drugim 11 razy, w trzecim 5 razy, w późniejszym okresie choroby 7 razy. 9 razy szczepiono krew na pożywki przy gorączce nie dochodzącej do 37·5° C., a 28 razy w czasie gorączki wynoszącej 37·5 do 39° C. Gorączka powyżej 37·5° C. była 14 razy u 9 chorych skutkiem czerwonki, — w innych 14 razach pochodziła od powikłań. Wśród tych powikłań u dwu chorych chodziło o zapalenie stawów na tle czerwonki. U jednego z tych chorych szczepiono 20 cm^3 krwi, przy ciepłocie 38° C., tym razem wyjątkowo na 2 buljony i 1 wodę przekroploną, u drugiego 40 cm^3 krwi przy ciepłocie 37·8° C. na 3 żółci, — u jednego i drugiego chorego z wynikiem ujemnym. Na 37 dokonanych posiewów wyhudowano bakterje czerwonkowe 7 razy, u 5 chorych na czerwonkę, zawsze w czystej hodowli i zawsze tylko na żółci. Za każdym razem mieliśmy do czynienia ze szczepem Shiga-Kruse; dowodziło tego zachowanie się bakterji na pożywkach cukrowych i zachowanie się bakterji wobec swoiście aglutynujących surowic. Bakterje wyhodowano 3 razy w szóstym, 1 raz w ósmym, 2 razy w dziewiątym, a 1 raz w osiemnastym dniu trwania czerwonki. Najniższa ciepłota ciała chorych, przy której je wyhodowano, wynosiła 37·7° C. Gorączka w przypadkach wyhodowania ze krwi bakterji czerwonkowych była wywołana tylko przez czerwonkę, wszelka inna przyczyna gorączki była wykluczona. U jednej z chorych, u której czerwonka trwała 12 tygodni, wysiewano krew w różnych odstępach czasu 5 razy, — raz przy ciepłocie (ciała chorej) 37° C., zresztą przy wyższej; bakterji czerwonkowych nie wyhodowano ani razu, natomiast za trzeciem szczepieniem, wykonanem w 7 tygodniu choroby przy ciepłocie 38° C., wyhodowano bakterje duru brzusznego. W 6 i 7 dni później, chociaż szczepiono raz 30, drugi raz 40 cm^3 krwi przy ciepłocie 37·5—38° C., bakterji durowych nie wyhodowano. Co do własności aglutynacyjnych badano surowicę krwi tej chorej 6 razy w ciągu choroby, z tego dwa razy po wyhodowaniu bakterji durowych. Surowica aglutynowała zawsze szczep Shiga-Kruse, bakterji durowych ani bakterji duru rzekomego nie aglutynowała. Niezawodnie w danym przypadku czerwonkowe schorzenie jelit ułatwiło lub spowodowało dostanie się bakterji durowych do obiegu krwi; bakterje durowe nie wpłynęły jednak na własności surowicy krwi, bo wytworzenie się aglutynin, działających na bakterje durowe, nie nastąpiło.

Z przedstawionych badań bakterjologicznych wynika, co następuje. Z krwi chorych na czerwonkę powiodło się wyhodować bakterje czerwonkowe tylko w czasie gorączki, gorączka zaś była skutkiem tylko czerwonki. Na 14 w tych warunkach dokonanych posiewów krwi było dodatnich 7 (50%); krew pochodziła od 9 chorych, bakterje czerwonkowe zaś wyhodowano u 5 z nich, czyli u 55% uwzględnianych tu chorych na czerwonkę.

Badania serologiczne.

Przy badaniu własności aglutynacyjnych nastawiano surowicę krwi chorych równocześnie ze szczepem: Shiga-Kruse, Flexner, Y, b. typhi, paratyphi α i β. Obok wymienionych szczepów czerwonkowych, którymi się posługiwano w pracowni od dłuższego czasu, — używano do prób aglutynacyjnych także szczepów Shiga-Kruse, uzyskanych świeżo z krwi chorych na czerwonkę, a do doświadczeń włączano je w miarę ich wyhodowywania. Próby nastawiano zawsze w objętości 1 cm^3, w czem było $^1/_2$ cm^3 zawiesiny 24 godzinnej hodowli, a $^1/_2$ cm^3 rozcieńczenia surowicy. Probówki stały w cieplarce 18—20 godzin, poczem wynik odczytywano gołem okiem. Uwzględniając aglutynację bakteryj czerwonkowych, począwszy od rozcieńczenia su-

rowicy $^{1}/_{100}$ (licząc w tem także objętość zawiesiny), otrzymaliśmy dodatni wynik próby z surowicami 22 chorych na czerwonkę, a ujemny z surowicami 2 chorych na czerwonkę. Wszystkie 22 surowice aglutynowały szczep Shiga-Kruse, — ale dwie z nich obok własności aglutynowania szczepu Shiga-Kruse, aglutynowały jeszcze inne szczepy, a mianowicie jedna szczep Flexner ($^{1}/_{200}$), a druga szczep Flexner i szczep Y ($^{1}/_{100}$). Żadna z 24 surowic chorych na czerwonkę nie aglutynowała nawet w rozcieńczeniu $^{1}/_{50}$ ani prątka tyfusowego, ani paratyfusowego α i β. Najwyższe miano surowic aglutynujących bakterje czerwonkowe wynosiło $^{1}/_{400}$. Najwcześniej spotykaliśmy własności aglutynacyjne surowic chorych na czerwonkę w szóstym dniu choroby, — ale z drugiej strony spotkaliśmy surowice takie, które jeszcze w 12. dniu trwania czerwonki nie aglutynowały. Co do stopnia, w jakim ulegał aglutynucji szczep Shiga-Kruse pracowniany i świeżo z krwi wyhodowany, nie spotykaliśmy naogół między nimi różnicy, z wyjątkiem tego, że jedna z omawianych surowic aglutynowała tylko szczep pracowniany, a inna tylko jeden ze szczepów świeżo z krwi wyhodowanych. Nierzadko jednak widywaliśmy, badając kilkakrotnie w nieregularnych odstępach czasu tęsamą surowicę, że surowica aglutynuje raz — jeden, drugi raz — drugi szczep czerwonkowy silniej, czyli że miano aglutynacyjne surowicy, przy kilkakrotnem badaniu, było dla różnych szczepów czerwonkowych niejednakowe. Wahania w zachowaniu się naszych szczepów wobec surowic aglutynujących były niewielkie, wspominam zaś o nich dlatego, ponieważ się często czyta, że różne szczepy czerwonkowe zachowują się różnie co do zdolności ulegania aglutynacji, w następstwie czego do celów rozpoznawczych należy używać szczepów czerwonkowych starannie dobranych, ani zbytnio, ani za mało czułych. Z surowic, pochodzących od 16 chorych nie na czerwonkę, sześć surowic było takich, które aglutynowały bakterje czerwonki, a mianowicie: jedna szczep Shiga-Kruse i Flexner, inne tylko szczep Shiga-Kruse. Surowice te aglutynowały szczep Shiga-Kruse (jedna i także szczep Flexner) w rozcieńczeniu $^{1}/_{50}$ z wyjątkiem dwu surowic, których miano wynosiło $^{1}/_{100}$. Cztery z sześciu omawianych surowic aglutynowały bakterje duru brzusznego, a pochodziły od chorych na dur brzuszny, względnie od wyzdrowieńców po durze brzusznym. Dwie surowice, które nie aglutynowały ani prątków tyfusowych ani paratyfusowych α i β, pobrano od chorych na gorączkę powrotną.

Przytoczone badania serologiczne dowodzą, co następuje: U 90% chorych na czerwonkę stwierdzono, że surowica krwi ma własność aglutynowania bakterji czerwonkowych. Surowice, które aglutynowały bakterje czerwonkowe, a pochodziły od chorych nie na czerwonkę, prócz tego, że miały miano aglutynacyjne niższe, niż surowice czerwonkowe, aglutynowały w większości przypadków równocześnie bakterje duru brzusznego.

Omówienie wyników badań. Bez bakterjologicznych rozbiorów kału, tylko na podstawie częścią bakterjologicznych, a głównie serologicznych wyników badania krwi chorych stwierdzono, że u 22 z 24 chorych na czerwonkę w pojęciu klinicznem, przyczyną choroby był szczep Shiga-Kruse.

Przedstawione tutaj wyniki bakterjologicznych rozbiorów krwi chorych na czerwonkę, jakoteż wyniki opisywane przez różnych autorów stanowią pytanie w patologji czerwonki na razie nierozstrzygnięte.

O ile zaś badania własności surowicy krwi w kierunku aglutynowania bakterji czerwonkowych stanowią ważną metodę rozpoznawczą, jeśli chodzi o etjologiczną stronę rozpoznania czerwonki, a zwłaszcza spraw chorobowych, które mogą być następstwem czerwonki (zapalenie stawów, nerwów, tęczówki i opon mózgowych), to, pod tym względem potrzebne są dalsze doświadczenia, a mianowicie w kierunku zachowania się własności surowicy krwi osób wolnych od czerwonki, wobec bakterji czerwonkowych.

Piśmiennictwo. 1) Brünauer: W. kl. W. 1916, 5. — 2) Dorendorf u. Kolle: D. m. W. 1916, 19. — 3) Dünner: B. kl. W. 1915, 46. — 4) Dünner u. Lauber: B. kl. W. 1916, 47. — 5) Friedman u. Steinbock: D. m. W. 1916, 8. — 6) Friedrich: D. m. W. 1917, 51. — 7) Ghon u. Roman: W. kl. W. 1915, 22, 23. — 8) Herschmann: W. kl. W. 1920, 4. — 9) Jakobitz: B. kl. W. 1916, 29. — 10) Karpiński: Gaz. lek. 1917, 27. — 11) Markwald: M. m, W. 1901. 48. — 12) Meyer: B. kl. W. 1916, 39, 40. — 13) Nowicki: Gaz. lek. 1917, 32, 33. — 14) Schiemann: B. kl. W. 1916, 39. — 15) Schütz: D. m. W. 1916, 15.— 16) Szokalski: Gaz. lek. 1918, 32, 33.

O znaczeniu punktów uciskowych przy rozpoznaniu przypuszczalnego wrzodu dwunastnicy.

Podał **Dr Wasserthal** (Karlsbad).

Na podstawie spostrzeganych przypadków chcę zwrócić uwagę na niedoceniane dotychczas znaczenie rozpoznawcze punktów uciskowych w przebiegu wrzodu dwunastnicy.

Bezpośrednie fizyczne badanie chorego w pierwszej linji zwrócić należy ku umiejscowieniu bólów oraz nadczułości przy badaniu, t. zn. przy ucisku i opukiwaniu.

Mackenzie wspomina o myalgji mięśni brzusznych i nadczułości skóry w okolicy, odpowiadającej miejscu owrzodzenia. Zdaniem Ewalda jestto objaw niestały i zwodniczy.

Oryginalny i ciekawy sposób badania w tym kierunku podany został przez Mendla (D. m. W. 1910); polega on na opukiwaniu zapomocą młotka powłok brzusznych w obrębie nadpępcza. U zdrowych osób krótkie i niezbyt silne uderzenie młotkiem nie wywołuje bólu nawet u osób nadczułych, jeżeli jednak istnieje wrzód dwunastnicy, to w pewnym ściśle określonym punkcie znajdziemy znaczną bolesność. Wstrząśnienia, wywołane przez opukiwanie młotkiem, udzielają się okolicy owrzodzenia poprzez powłoki i poprzez miąższ wątroby, w ten sposób następuje projekcja wrzodu na zewnątrz. Miejsce to znajduje się na prawo od środkowej linji brzucha poniżej połowy między łukiem żebrowym i pępkiem. Jeżeli znaleziony bolesny punkt naznaczymy ołówkiem, to przy dokładniejszem badaniu znajdziemy, że bolesne miejsce ma postać krążka wielkości monety dwumarkowej. Opukiwanie poza obrębem bolesnego krążka nie wywołuje bolu, zmniejszanie się średnicy krążka świadczyć ma o postępującem gojeniu się owrzodzenia.

Przy wrzodzie żołądka usadowienie punktu Mendla jest inne. W przypadkach zmian okołożołądkowych (perigastritis), schorzeń pęcherzyka żółciowego oraz okrężnicy również znaleść można bolesność przy opukiwaniu; brak tu jednak według Mendla wyraźnych granic bolesności, jakie stwierdza się przy wrzodzie dwunastnicy.

Co do wartości klinicznej objawu Mendla dane w literaturze są dość skąpe. Ewald, autor w tych sprawach bardzo kompetentny, wspomina o bólach uciskowych mniej lub więcej wyraźnych między środkową linią ciała a przednią linią pachową, względnie linją przymostkową od łuku żebrowego ku linji pępkowej, co do samej zaś metody badania, to wyraża się o niej bardzo sceptycznie, choć, jak pisze, starał się stwierdzić jej wartość.

Na zasadzie osobistego doświadczenia uważam ocenę Ewalda za zbyt surową. Od 8 lat[1]), to znaczy zupełnie niezależnie od Mendla, którego pierwszej pracy z r. 1903 (Münch. m. Woch. 13), nie znałem zupełnie, stosuję przy badaniu schorzeń narządów brzusznych wstrząsanie miejscowe i opukiwanie młotkiem lub też palcami i niejednokrotnie miałem sposobność przekonać się, że takie opukiwanie daje przy różnorodnych schorzeniach narządów wewnętrznych (nerek, wątroby, pęcherzyka i dróg żółciowych i górnych narządów trawienia) stosunkowo dość ścisłe i cenne wskazówki diagnostyczne.

[1]) Pisane w r. 1912.

Impuls do moich badań metodą opukiwania i wstrząsania dała mi praca Goldflama z Warszawy o »wstrząsaniu« (sukkusyi) nerek, ogłoszona przed wielu laty (1901). Posługiwałem się metodą Goldflama od wielu lat. Przy »przypuszczalnem« rozpoznawaniu kamicy nerkowej daje ona wyniki znacznie pewniejsze od innych, ogólnie używanych metod oryentacyjnych, opartych na uciskaniu względnie wymacywaniu nerek [2]). Ma się rozumieć, metoda ta może mieć jedynie wartość metody dodatkowej orjentacyjnej; rozpoznania na tym objawie opierać nie wolno.

Tosamo i przy owrzodzeniach dwunastnicy, w wielu przypadkach, gdzie na ucisk niema bolesności lub też tylko bolesność powłok zewnętrznych, może opukiwanie wykryć mniej lub więcej umiejscowiony ból. O punktach uciskowych plecowych, wprowadzonych do djagnostyki schorzeń żołądka przez Boasa, mówi Ewald, że są niestałe i że występują równie nieregularnie przy wrzodzie dwunastnicy, jak i przy wrzodzie żołądka.

Otóż i przeciw temu twierdzeniu Ewalda podniósłbym pewne zastrzeżenia. Przy dokładnem badaniu nawet w kilka miesięcy po ostatniem krwawieniu, kiedy chory nie odczuwa już najmniejszych bolów, prawie stale udawało mi się wykazać ból uciskowy z tyłu w okolicy ostatniego kręgu piersiowego i pierwszych 2 lędźwiowych, 2—4 centymetry na prawo od linji wyrostków kolczystych. Nawet tam, gdzie ani ucisk, ani opukiwanie od strony brzusznej nie daje żadnej bolesności, to znaczy w okresie gojenia się i zabliźniania wrzodu dwunastnicy, punkt uciskowy grzbietowy przez pewien jeszcze czas zostaje.

Jak widzę z dostępnego mi piśmiennictwa, charakterystyczny ten objaw, który się bodaj najdłużej zachowuje, przez większość autorów nie został uwzględniony. Friedmann w historji choroby jednego ze swoich chorych o tem wspomina, Persner zaś w ośmiu przypadkach z ogólnej liczby 16 obserwowanych widział bóle uciskowe na prawo od kręgosłupa oraz bolesność wyrostków kolczystych (na ucisk).

Badanie wykonywa się na chorym leżącym. Prawa ręka wywołuje lekki ucisk lub »ballottement« w okolicy nadpępcza, lewa obejmuje okolicę lędźwiową chorego i poczynając od kręgosłupa na zewnątrz, wywołuję lekki ucisk końcami palców od tyłu ku przodowi. Punkt grzbietowy przeważnie leży w projekcji (pionowej) punktu Mendla.

W ostatnich latach przed wojną Jaworski zwrócił uwagę na doniosłość opukiwania i ucisku wibracyjnego przy rozpoznaniu schorzeń narządów brzusznych. W zupełności mogę potwierdzić dane szanownego profesora. Posługuję się tą metodą nietylko w celach rozpoznawczych przy kamicy żółciowej (i wrzodach w okolicy odźwiernika), lecz i dla oceny stopnia sprawy zapalnej po cięższych lub łżejszych napadach kolki szczególnie u kobiet, gdzie po kolce wszystkie objawy nadspodziewanie szybko znikają, wątroba szybko wraca do stanu prawidłowego i bolesność, nawet przy silniejszym ucisku, zupełnie ustępuje. Jedynie wstrząsanie daje i pod tym względem cenne i dość pewne wskazówki.

W Nr. 3. »Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung« z r. 1918 Boas szeroko omawia znaczenie punktów uciskowych w dyagnostyce chorób narządów trawienia. Wypuk w postaci »Schwellenwertperkussion«, t. zn. wypuku aż do (granicy) bolu, oraz ucisk w różnych punktach uważa ten autor za nader ważny czynnik rozpoznawczy i w konkluzji potwierdza to, co powyżej powiedziano

Spotka mnie słuszny zarzut, który zrobić można również Ewaldowi, Mendlowi i wielu innym internistom, że rozpoznanie w przypadkach moich nie zostało potwierdzone przez operację. Otóż z tym zarzutem się liczę, mówiąc o »przypuszczalnych« owrzodzeniach dwunastnicy, w nadziei, że ci, którzy mają możność poddawania swego rozpoznania pod kontrolę operacji, oraz chirurdzy sami, zechcą zwrócić uwagę na te dane diagnostyczne, o których wspomniałem.

[2]) Nie powiem, żeby na zasadzie »wstrząsania« nerek można było w każdym przypadku dojść do rozpoznania kamicy lecz we wszystkich przypadkach, gdzie fotografja Röntgena daje wynik dodatni, tam też stale wstrząsanie nerek nie zawodzi i może do pewnego stopnia służyć jako miara odczynu zapalnego (bolesnego), wywołanego w nerce przez ciało obce.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Büdingen: **Podstawy wadliwego odżywiania mięśnia sercowego i leczenie wlewaniami cukru gronowego.** (D. m. W. 1919, 2). Oprócz znanych wad anatomicznych w mięśniu sercowym, istnieją jeszcze inne zboczenia, zwane czynnościowemi, które według autora polegać mają na niedostatecznem odżywianiu mięśnia sercowego przez cukier gronowy. Brak cukru dla mięśnia sercowego może pochodzić albo ze zmniejszonej ilości cukru we krwi (hypoglykemia), albo z niedostatecznej jego ilości w mięśniu sercowym, w którym znajduje się on zapasowo jako glikogen. Wychodząc z tego założenia »głodu cukrowego« mięśnia sercowego, stosował autor w odpowiednich przypadkach zboczeń sercowych po 200 cm³ 10%—20% rozczynu cukru gronowego we wlewaniach dożylnych, 2—3 razy tygodniowo. Z 5000 wlewań dotąd wykonanych nie zauważył autor nigdy ujemnych, a często dobre wyniki. W tych pod wpływem wlewań cukrowych korzystnych przypadkach przypuszcza autor, że mięsień sercowy ma mało cukru we krwi, albo glikogenu w tkankach. Leczenia cukrowego używał autor nietylko w zmianach czynnościowych serca, jak w dusznicy bolesnej wrzekomej, ale i w prawdziwej, następnie w stwardnieniu tętnic wieńcowych, w zapaleniu mięśnia sercowego, zwężeniu ujść, przeroście serca, rozszerzeniu komór, przy wysokiem parciu krwi, przypuszczając, że i w tych przypadkach jest brak lub wadliwe zużytkowanie cukru przez mięsień sercowy, co autor oznacza ogólną nazwą »kardiodystrophia chronica«. W końcu autor radzi robić wlewania tylko w zakładach. J.

Loeper: **O zapaleniu nerwów jelitowych (enteronévrites) przy rakach jelit.** (Bull. Soc. des Hôp. 1919, 9—10). Z badań anatomicznych autora wynika niewątpliwie, że sprawy nowotworowe mogą się szerzyć w nerwach krezkowych i docierać drogą tych nerwów aż do splotu trzewnego. Stąd powstają w następstwie zaburzenia czynnościowe w postaci napadów brzusznych (crises coeliaques) i bolów gwałtownych, przy-

pominających napady, występujące w przebiegu wiądu rdzenia. Jest to sprawa analogiczna do neuralgij nerwu trójdzielnego, których źródłem może być próchnienie zębów.

Dr Blassberg (Kraków).

Loeper: **O zapaleniach nerwów jelitowych (entéronévrites)**. (Bull. Soc. des Hôp. 1919, 9—10). Po chorobach jelit występują bardzo często wtórne zaburzenia czynnościowe, które można odnosić do zmian w gruczołach, w błonie śluzowej i t. p. Według L. można je także uważać za wynik zapalenia nerwów jelitowych, gdyż nerwy jelit są bardzo gęste i obfite i biorą często żywy udział w schorzeniach jelit. W ciągu dwóch lat zbadał Loeper anatomicznie w tym kierunku 36 przypadków czerwonki, duru brzusznego, zapalenia kątnicy, wrzodów dwunastnicy, nieżytów jelit zwykłych i gruźliczych i stwierdził w nerwach jelitowych towarzyszące zmiany bądź zapalne, bądź włókniste lub zwyrodnienia. Nazywa on je zapaleniami nerwów jelitowych (entéronévrites). Objawy stąd powstające nazywa Loeper arytmiami jelitowemi, gdyż analogicznie do arytmij sercowych zależą one od zmian w układzie nerwowym i w zwojach nerwowych ścian jelit.

Dr Blassberg (Kraków).

Joltrain, Baufle i Coope: **Próby mierzenia parcia w jelicie grubem.** (Bull. Soc. des Hôp. 1919, 9—10). Jeżeli wprowadzimy do jelit grubych ilość płynu, wystarczającą do ich wypełnienia i połączymy płyn ten z manometrem, to wahania wysokości płynu są wyrazem parcia wywieranego na ten płyn przez ściany jelita grubego. Lawatywa o 500 cm^3 dochodzi zwykle do wysokości poprzecznicy, 1000 cm^3 wypełnia najczęściej okrężnicę aż do jelita ślepego, a 2000 cm^3 wywoływać zwykło wybitne rozszerzenie całego jelita. Przyrząd swój nazwali autorowie telenteromanometrem (τελεντερον = jelito końcowe). Doszli oni do następujących wniosków: 1) Lawatywy z 500 cm^3 dają u osobnika prawidłowego parcie 7—14 cm^3 wody, nie wywołując kolek. W stanach chorobowych parcie osiąga lub przewyższa 20, a kolki występują często (co minutę) do 90 cm wysokości wody. 2) Lawatywy z 1000 cm^3 wywołują w stanie prawidłowym wzniesienie do 16—21 cm bez kolki lub z rzadkiemi kolkami i wzniesieniami. W stanach chorobowych parcie może dochodzić do 40, kolki stają się częste i mogą wywoływać parcie 58, 80, 82 centymetrów. 3) Lawatywy dzielone na części od 500—2000 cm^3, które cechuje parcie wysokie ponad 20 cm^3 lub częste i silne kolki, wskazują na stan chorobowy jelit. Na 2000 cm^3 jelito normalne może oddziaływać kolkami rzadkiemi (t. j. 6—8 na 30 minut) i wzniesieniami, nie przekraczającemi 50 cm. Jelito chore nie znosi takiej ilości płynu, parcie wznosi się do 30 cm i występują częste kolki (jedna lub więcej na minutę) z parciem do wysokości 86 cm^3 wody.

Dr Blassberg (Kraków).

König: **O żółciowem zapaleniu otrzewnej przy pozornem nieuszkodzeniu układu żółciowego.** (D. m. W. 1919, 5). Szereg autorów twierdzi, że zapalenie żółciowe otrzewnej może się wytworzyć bez uszkodzenia dróg żółciowych; inni zaś przypuszczają, że się ono nie może wytworzyć bez przedarcia ścian układu żółciowego. E. König ogłasza trzy przypadki zapalenia żółciowego otrzewnej, operowanych, w których znaleziono wysięki żółciowe. W jednym przypadku znaleziono »cholecystitis productiva calculosa«, w drugim »cholecystitis chronica fibrosa«, a w trzecim »cholecystitis chronica haemorrhagica«. W żadnym przypadku, pomimo skrzętnego poszukiwania, nie można było znaleść ani w pęcherzyku żółciowym, ani w przewodach żółciowych, przedarcia lub uszkodzenia. Operowani wyzdrowieli. Autor twierdzi, że nagromadzenie żółci w jamie otrzewnej z następowem zapaleniem doszło do skutku »per diapedesim«.

J.

Seidl: **O używaniu zgłębnika dwunastniczego do rozpoznania wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy.** (W. kl. W. 1919, 22). Autor badał chorych w przypadkach wrzodu okrągłego zgłębnikiem dwunastniczym w ten sposób, że chory połykał 50 cm zgłębnika dwunastniczego i kładł się na lewą stronę. Skoro ze zgłębnika odpłynęło 20—30 cm^3 płynu do podstawionego naczynia, połykał chory 80 cm zgłębnika i kładł się na prawą stronę, poczem znów zebrano odciekającą ciecz z odźwiernika. Po niejakim czasie podstawiono trzecie naczynie, do którego spływała treść dwunastnicy. Wszystkie trzy próby badano co do krwi zapomocą benzydyny. W jednych przypadkach dwie pierwsze próby nie dawały odczynu krwi utajonej, a dawała je trzecia, co przemawiało za wrzodem usadowionym w dwunastnicy. W innych znów przypadkach wszystkie trzy próby dawały odczyn krwi, a wtedy obecność wrzodu w dwunastnicy stawała się niepewna. Trzeba jednak pamiętać o tem, że zgłębnikowanie samo we wrzodzie okrągłym może wywołać krwotok wewnętrzny.

J.

Jonas: **O punktach uciskowych w przebiegu wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy.** (W. kl. W. 1919, 7). Autor przypuszcza, że wrzód okrągły żołądka i dwunastnicy sprawia na otrzewnej miejscowe zapalenie (perigastritis i periduodenitis) i przez to podrażnia otrzewnę ścienną, a z nią i mięśnie proste. To się stwierdza nietylko przez uciskową bolesność miejscową, ale i przez większe napięcie mięśnia prostego, pokrywającego chore miejsce; natomiast drugi mięsień prosty napięcia nie wykazuje. Autor radzi to napięcie sztucznie wywołać przez wstrząsanie mięśni końcami palców, (przyczem chory stoi), jak to się dzieje przy wyszukiwaniu punktów bolesnych podczas prześwietlania żołądka. Wtedy mięsień prosty nad miejscem chorem przejdzie w stan napięcia (stwardnieje), natomiast mięsień prosty drugi, taksamo wstrząśnięty (co autor nazywa »Stossreaktion«), zostaje nie napięty. Autor zwraca jeszcze uwagę na to, że tosamo zjawisko napięcia mięśnia prostego daje nietylko wrzód dwunastnicy, ale także i zapalenie około pęcherzyka żółciowego (pericholecystitis).

J.

Mussio Fournier: **Zespół niezupełnej postaci choroby Addisona z obecnością linji białej.** (Bull. Soc. des Hôp. 1919, 9—10). Przypadek autora, dotyczący 18-letniej chorej, przedstawiał interesujące objawy kliniczne: 1) Przez 2 miesiące regularność nie pojawiła się, poczem wystąpiły silne bóle w obu okolicach lędźwiowych, rozpromieniające się ku żołądkowi i ku pośladkom, które zmuszały chorą do przybierania podczas chodu skrzywionej postawy i unikania wstrząśnień. Gwałtowność i nagłe pojawienie się tych bolów było niezwykłe, gdyż w tem cierpieniu zdarzają się zazwyczaj bóle ciągłe i głuche. 2) Silna pigmentacja twardówek pozostawała w niezwykłem przeciwieństwie do słabej pigmentacji skóry i błony śluzowej jamy ustnej. 3) Obecny był cukromocz pokarmowy i cukromocz adrenalinowy, których zwykle nie stwierdza się u osobników dotkniętych chorobą Addisona. Reszta zespołu nie pozostawiała wątpliwości co do choroby Addisona. W przypadku tym wybitny był objaw, opisany przez Sergenta jako charakterystyczny dla choroby Addisona i niedomogi nadnercza, t. j. nie uwydatniona linia biała na brzuchu. Autor zwraca też uwagę na to, że w przypadkach grypy, przebiegających z obniżonem ciśnieniem krwi i niedomogą serca, linia biała bywa wyraźnie zaznaczona.

Dr Blassberg (Kraków).

Davidsohn: **O ostrem zapaleniu nerek bez białka w moczu.** (D. m. W. 1919, 4). Autor zwraca uwagę na przypadki ostrego zapalenia nerek i sam je ze swej obserwacji przytacza. W jednych rozpoczyna się zapalenie kilkudniowem moczeniem krwawem, w innych bez tegoż. Tak w jednych, jak

i drugich przypadkach białka w moczu może nie być, a natomiast znajduje się w nim osad z wałeczków ziarnistych i szklistych. Przypadki te uważa autor za ogniskowe kłębkowe zapalenie nerek (glomerulonephritis) i poleca, jeżeli inne objawy kliniczne przemawiają za zajęciem nerek, skrzętnie badać osad moczu, gdyż następstwem ostrego zapalenia bywa przy zaniedbaniu przewlekłe zapalenie nerek. J.

Wiadomości bieżące.

Na odezwę Naczelnika Państwa i Rady obrony narodowej stanęli lekarze jedni z pierwszych do apelu. W Krakowie odbyło się 9. VII. ogólne zebranie lekarzy, zwołane przez dziekana Wydziału lekarskiego U. J. prof. Ciechanowskiego, prezesa Związku lekarzy Dr Damskiego, prezesa Towarzystwa lekarskiego prof. Rosnera i prezydenta Izby lekarskiej Dr Schoenguta-Strzemieńskiego. Zebranie uchwaliło wyrazić hołd Naczelnikowi Państwa i cześć armji, stwierdzając, że wszyscy lekarze i medycy krakowscy oddają się do dyspozycji armji. Wybrano komisję dla przyjmowania zgłoszeń do służby lekarskiej ochotniczej i pośredniczenia między lekarzami a władzą wojskową. Wśród pierwszych ochotników zgłosili się wszyscy lekarze najpoważniejsi wiekiem i stanowiskiem.

Z Towarzystw lekarskich. »Stowarzyszenie lekarzy polskich« w Warszawie postanowiło uznać »Gazetę lekarską« za swój organ i dostarczać wszystkim swym członkom obowiązkowo wszystkie trzy, związane ze sobą czasopisma: »Gazetę«, »Przegląd« i »Tygodnik«. — Oddział Jarosławski Polskiego Towarzystwa lekarzy b. Galicji wybrał na Walnem Zgromadzeniu d. 3. VII, 1920 następujący nowy zarząd: prezes Dr Fechter, wiceprezes Dr Lubowiedzki, sekretarz Dr Puzon, delegat Dr Fechter, zastępca Dr Sawicki. Zamiast wieńców na trumnę ś. p. Dr Dietziusa i Rosenblütha złożyli członkowie Oddziału 2000 Mkp. na fundusz wdów i sierot po lekarzach imienia Oddziału Jarosławskiego.

W Meranie, obecnie należącym do Włoch, działa nadal polskie sanatorjum Dr Bindera »Stefania«.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Wakuje stanowisko

lekarza naczelnego

szpitala św. Stanisława (dla chorych zakaźnych) **w Warszawie.**

Płaca zależnie od stanu rodzinnego około 28.000 mk. rocznie oraz dodatek 25% (bez mieszkania).

Podania składać z dołączeniem życiorysu do d. 20. czerwca 1920 r. do wydziału szpitalnictwa (**Jasna 1**). 161

Mam do natychmiastowej dostawy:

1 kompletny **instytut zanderowski** z oryginalnymi aparatami Prof. G. Zander, Stockholm. Zakład w ruchu.

1 kompletny aparat röntgenowski 110 lub 220 wolt prądu stałego, z przyborami, mało używany.

100 grm Platinchlorid 1 : 19. 212

inż. Paweł Lis, Lwów, ul. M. Reja 5.

BANK GALICYJSKI DLA HANDLU I PRZEMYSŁU obecnie BANK MAŁOPOLSKI S. A.

w KRAKOWIE.

Na mocy rozporządzenia Ministerstwa Skarbu, mogą właściciele

austrjackich pożyczek wojennych

zamieniać je na długoterminową Polską Pożyczkę Odrodzenia, pod warunkami w rozporządzeniu bliżej określonymi.

Wzywamy wszystkich Klientów, który zlombardowali u nas austrjackie pożyczki wojenne, aby skorzystali ze sposobności konwersji

do dnia 15. lipca b. r.

gdyż w przeciwnym razie grozi im utrata kapitałów w te pożyczki włożonych.

Każdy dłużnik lombardowy odpowiada za spłatę udzielonego mu kredytu, na podkład pożyczki austrjackiej — **nietylko wartością zastawionych efektów lecz także całym swoim majątkiem.**

Klienci, którzy do dnia 15. b. m. zobowiązań swych nie spłacą lub nie przemienią austrjackiej pożyczki na polską, narażą się na skutki ustawowe.

215 *Dyrekcja.*

ZAKŁAD ZDROJOWO-KĄPIELOWY

IWONICZ

BEZPOŚREDNIE POŁĄCZENIE KOLEJOWE Warszawa-Iwonicz, Kraków-Iwonicz, Lwów-Iwonicz.

Sezon I. od 15. maja do 20. czerwca; II. od 20. czerwca do 20. sierpnia; III. od 20. sierpnia do 1. października względnie do 15. października.

Szczawa słono-jodo-bromowa. Kąpiele mineralne, borowinowe i gazowe. Elektroterapia. Hydroterapia. Lampa kwarcowa.

Wskazania lecznicze: zołzy, kiła, skaza moczowa, choroby serca, nerwowe, kobiece. Pięciu lekarzy ordynujących.

W zakładzie 3 restauracye, 2 pensyonaty, hotel i około 400 pokoi umeblowanych, jednak bez pościeli, w cenie od 10 do 40 Mk. dziennie. Oświetlenie elektryczne, kaplica zakładowa. Muzyka. Poczta, telegraf, telefon w Zakładzie. Aprowizacya zapewniona.

127 Zgłoszenia przyjmuje **Dyrekcya Zakładu.**

JÓZEF LEIBLOWICZ

SKŁAD PRZYBORÓW DENTYSTYCZNYCH

KRAKÓW RYNEK GŁÓWNY 11. (DOM WENECKI).

LWÓW ULICA LUDWIKA KUBALI 3.

POLECA:

KOMPLETNE URZĄDZENIA DENTYSTYCZNE, INSTR. OPERATYWNE I TECHNICZNE, WSZELKIE MATERJAŁY DENTYSTYCZNE W NAJWIĘKSZYM WYBORZE.

ZLECENIA PISEMNE USKUTECZNIA ODWROTNIE. 126



Dr. Stanisław Lewicki

b. Asystent Kliniki lwowskiej chorób kobiecych

ordynuje 207

w Krynicy (dom pod Trąbką).

WAŻNE DLA SZPITALI I ZAKŁADÓW LECZNICZYCH!

MYDŁO

włoskie, oliwne, „LOFARO SCURE“ ze znakiem »Topór« i »Molfino« ze znakiem »Gwiazda«, znane ze swej dobroci, nabyć można hurtownie i w dow. ilościach od jednej skrzynki 50 kg. zwyż, jakoteż w ładunkach całowagonowych w Domu Importow.

»BRACIA ROLNICCY« KRAKOW, UL. ŚW. JANA L. 3.

133

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I SANATORYUM

Dra KUPCZYKA specjalisty chorób nerwowych Kraków, Szujskiego l. 9—11. Tel. 1295.

Wskazania: Choroby nerwowe, żołądka i jelit, niedokrwistość, skaza moczanowa, cukrzyca, otyłość, ogólne osłabienie, choroby serca i naczyń krwionośnych. 123

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.